Aus der Klinik Herzoghöhe, Bayreuth der Landesversicherungsanstalt Oberfranken und Mittelfranken
Chefarzt: Prof. Dr. med. G. L. Bach

Die chronische Polyarthritis im Alter

Ullrich Dietz

Diss
München
1984

Aus der Klinik Herzoghöhe, Bayreuth der Landesversicherungsanstalt Oberfranken und Mittelfranken
Chefarzt: Prof. Dr. med. G. L. Bach

Die chronische Polyarthritis im Alter

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
an der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Ullrich Dietz
aus
Ebermannstadt

Jahr
1984

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät

der Universität München

Berichterstatter: ..... Prof. Dr. G. L. Bach .....

Mitberichterstatter: .... Prof. Dr. N. Zöllner .....

Dekan: ..... Prof. Dr. W. Spann .....

Tag der mündlichen Prüfung: ..... 18. 10. 1984 .....

Meinen Eltern
gewidmet

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Ziel der Studie	1
Bisherige Ergebnisse aus der Literatur bezüglich der im Alter von über 60 Jahren aufgetretenen chronischen Polyarthritis	2
Eigene Ergebnisse	
a. In der Rheumatiker-Station der Klinik Herzoghöhe, Bayreuth gewonnene Ergebnisse	9
b. Fallbeschreibungen aus der Rheumatiker-Station der Klinik Herzoghöhe, Bayreuth	34
Diskussion	48
Zusammenfassung	50
Literaturverzeichnis	52

Ziel der Studie:

Ziel der Studie war es, an einem kleinen ausgewählten Krankengut ausfindig zu machen, wie die chronische Polyarthritis, die erst nach dem 60. Lebensjahr aufgetreten ist, im Vergleich zu den älteren cP - Patienten, bei denen sie vor dem 60. Lebensjahr begonnen hat, verläuft.
Es wurde untersucht, ob hier wesentliche Unterschiede in der Intensität, im Verlauf (früherer oder späterer Eintritt von Mutilationen), hinsichtlich der pathologischen Laborbefunde, der Symptome und Merkmale, in der Art des Beginns und des Erstbefalls (monoartikulär, kleine oder große Gelenke) bei der chronischen Polyarthritis im Alter bestehen.

Bisherige Ergebnisse aus der Literatur bezüglich der im Alter von über 60 Jahren aufgetretenen chronischen Polyarthritis.

A. Böni (9) prägte als erster 1967 den Begriff "Alterspolyarthritis" und verstand darunter die nach dem 60. Lebensjahr beginnende chronische Polyarthritis.

Nach der Literatur beginnt die Erkrankung an chronischer Polyarthritis im Alter von über 60 Jahren mit einer Häufigkeit von 15 bis 20%. (Ebert (12): 7,5%, Rotes-Querol: 16%, Forestier: 16,5%, Oka 20%, Boland 20 - 25%, Böhlau 14,7%). Kaiser (23) stellte fest, daß der Verlauf der cP bei Beginn im höheren Lebensalter eine Reihe von Besonderheiten gegenüber dem sog. typischen Krankheitsbild aufweist, nämlich:

1. Relativ häufigere Erkrankung von Männern
2. Oft akuter Beginn
3. Asymmetrischer Befall
4. Beginn an großen Gelenken
5. Oligoartikuläre Entwicklung
6. Heftiger progredienter Verlauf
7. Häufige Gelenksdestruktionen
8. Frühzeitige Muskelatrophien
9. Starke Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes
10. Keine viszerale Beteiligung

Wirth (32) beschrieb altersabhängige Reaktionsformen bei entzündlich - rheumatischen Erkrankungen, die deren Verlauf und Ausprägung bestimmen würden. Der Altersprozeß beeinflusse darüberhinaus das Ansprechen des rheumatischen Entzündungsprozesses auf die antirheumatisch wirksamen Medikamente. Bei grundsätzlich gleichem Therapiekonzept durch alle Altersstufen sei den pharmakodynamischen und pharmakokinetischen Wechselwirkungen im höheren Alter größere Aufmerksamkeit zu schenken.
Des weiteren würden sich bei der Alters - cP diagnostische Probleme ergeben: Die Multimorbidität im Alter führe zu einer Überdeckung der spezifischen Symptome; die Gleichzeitigkeit degenerativer Veränderungen zur Vermischung dieser und der entzündlichen Veränderungen.
Die Alters-cP könne sehr akut auftreten und einen progressiven Verlauf nehmen; in diesen Fällen sei eine befristete Cortisontherapie neben der Behandlung mit Basismedikamenten und symptomatischen Antirheumatika durchaus angezeigt. Eine Langzeitbehandlung sollte wegen der höheren Nebenwirkungsrate im Alter nach Möglichkeit vermieden werden.
Nach Beobachtungen von Josenhans (21/22) verläuft die cP im Alter besonders progredient, zeigt häufig einen asymmetrischen Gelenkbefall unter besonderer Bevorzugung der Kniegelenke; frühzeitig treten Muskelatrophien, Sehnenrupturen und Gelenkkontrakturen auf; Rheumaknoten sind seltener, selten werden auch die viszeralen Organe befallen. Röntgenstudien zeigten bei der

cP eine mit dem Alter zunehmende Häufigkeit der Gelenkdestruktion.

Dequeker (11) verglich 20 Fälle seropositiver cP mit Krankheitsbeginn vor dem 50. Lebensjahr mit derselben Zahl mit Beginn nach dem 65. Lebensjahr und fand bei der älteren Gruppe sowohl eine besondere Heftigkeit des Krankheitsverlaufs als auch eine größere Atypie.

Nach einer Studie von Kaiser (24) begann die cP in 14,7% der Fälle nach dem 60. Lebensjahr und es ergab sich eine Geschlechtsverteilung von 1 : 1. Er beobachtete in der Mehrzahl der Fälle einen ausgesprochen schweren Verlauf mit sehr stark beschleunigter Blutsenkung. In zwei Dritteln der Fälle begann und verlief die cP atypisch und asymmetrisch an den großen Gelenken.

Böni (9), Evers (14), Jesserer (26), Josenhans (21/22) und andere weisen ebenfalls auf den besonders progredienten Verlauf der Alters-cP hin.

Nach Mathies (26/27) ergibt sich eine relativ gleichmäßige Abnahme der funktionellen Kapazität, wobei die stärkste Reduktion in der ersten Zeit der Erkrankung eintritt. Sie habe im Mittel in 16 bis 20 Jahren Krankheitsdauer um 25% abgenommen. Die Funktionskapazität nehme jedoch in der Patientengruppe rascher ab, die im höheren Alter (über 40 Jahren) erkrankte. Die Prognose bezüglich der Lebensfunktionen der cP - Patienten, die im jüngeren Alter erkrankten, dürfte also im Mittel günstiger sein.

Wie Ott (30) zeigen konnte, fällt der Beginn der Erkrankung an cP bei Frauen am häufigsten in das 5., bei Männern in das 6. Lebensjahrzehnt; in der 7. Dekade beginnt die cP nur noch selten, in seiner Untersuchung bei 5%. Die klinischen Kennzeichen der cP würden durch das höhere Lebensalter nicht wesentlich gewandelt. Es gelten auch hier die von Steinbrocker und Mitarbeitern 1949 aufgestellten diagnostischen Kriterien. Man müsse sich von der Vorstellung freimachen, beim alternden Menschen seien immer vorgerückte Stadien der cP zu finden; man könne also auch bei 60-jährigen noch eine relativ frische cP finden, bei der sich nur die typischen Hand- und Fingerschwellungen sowie Beschleunigung der BSG, entzündliche Bluteiweißveränderungen und positive Rheumafaktoren, aber noch keine röntgenologisch erkennbaren Gelenkdestruktionen nachweisen lassen. Auch beim Alternden beginne die Krankheit nicht selten an einzelnen großen Gelenken, besonders an den Kniegelenken.

Bezüglich der Rheumaserologie ließen sich mit vorrückenden Jahren zunehmend oft "unspezifisch positive" Rheumafaktoren im Serum nachweisen. Es sei daher gerade beim älteren Menschen unstatthaft, diese Tests allein als sicheren Hinweis auf eine cP zu verwenden.

Falck (15) beobachtete an ihrem Patientengut in einer geriatrischen Klinik, daß die Lebensdauer bei den Patienten mit einer cP gegenüber den anderen geriatrischen Patienten nicht

verkürzt war.

Ehrlich und Mitarbeiter (13) fanden in ihrem Patientengut 15,5%, bei denen die cP im Alter von über 60 Jahren aufgetreten war. Sie beobachteten in diesen Fällen einen günstigeren Verlauf und ein gutes Ansprechen auf die Basistherapie, insbesondere mit Goldpräparaten.

Nach Jesserer (20) unterscheidet sich eine erst nach dem 60. Lebensjahr auftretende cP in mancher Hinsicht von einer sich schon früher manifestierenden cP. So zeige sie nicht das starke Überwiegen der Frauen, sondern komme nahezu ebenso oft bei Männern vor. Sie beginne ferner meist schleichend und nur selten akut. Mitunter entwickele sie sich schließlich auf dem Boden einer senilen Arthrose ("Propf-cP"), und der Übergang des einen Leidens zum andern kann fließend erfolgen.

In jedem Fall sei es jedoch kennzeichnend, daß dieser Typ der cP im Gegensatz zu dem jüngerer Altersklassen kaum zu Remissionen neige, sondern in der Regel stetig fortschreite und damit rasch an Krankheitswert gewinne. Diese Neigung zur Progression kann so ausgeprägt sein, daß man geradezu von einer "galoppierenden cP" sprechen kann, und dieses Verhalten sei es auch, das einerseits eine besondere prognostische Einschätzung einer solchen Alterspolyarthritis und andererseits ein entsprechendes therapeutisches Handeln erfordere.

Einen völlig anderen Typ stelle jene gleichfalls bei alten Menschen vorkommende Krankheitsform dar, die man nicht unzutreffend als "ausgebrannte cP" bezeichnet: Nach jahre- oder jahrzehntelangem Bestehen hat eine cP allmählich ihre Akti-

vität verloren. Es bestünden zwar stärkere Deformierungen an den Händen sowie an einzelnen größeren Gelenken, Muskelatrophien und andere Zeichen einer weit fortgeschrittenen cP, klinische Erscheinungen eines entzündlichen Geschehens würden jedoch fehlen.

Wegen der vergleichsweise raschen Progression der Alters-cP sei es therapeutisch unzweckmäßig, mit rein symptomatisch wirkenden Mitteln, den Antiphlogistika, Zeit zu verlieren. Hier sei vielmehr der Einsatz sog. immunsuppressiver Wirkstoffe schon in den Anfangsstadien gerechtfertigt.

Albrecht (1) stellte folgende Besonderheiten der Alters-cP heraus:

Akuter Beginn
Oligoarthritis (große Gelenke)
Asymmetrischer Befall
Hohe systemische Aktivität
Starke Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes.

Die differentialdiagnostische Abgrenzung entzündlicher rheumatischer Krankheitsbilder sei im Alter erschwert, weil diese an charakteristischer Schärfe verlieren und sich in ihrer Symptomatik überlappen. Das zeige sich besonders bei der differentialdiagnostischen Fragestellung zwischen einer beginnenden Alters-cP und der Polymyalgia rheumatica.

Herrmann (18) untersuchte die Sonderstellung der cP des älteren Menschen an Hand von 39 Patienten, bei denen die Krankheit erst nach dem 60. Lebensjahr begonnen hatte. Die Erkran-

kung begann häufiger akut und monoartikulär und der Befall war öfter asymmetrisch als bei jüngeren Patienten. Die röntgenologische Differentialdiagnose sei vor allem durch die vorbestehende Osteoporose und das gleichzeitige Vorliegen von degenerativen Veränderungen erschwert gewesen. Labormäßig hätten sich keine wesentlichen Unterschiede gegenüber der "klassischen" Form der cP ergeben.

Bach und Mitarbeiter (3-8) berichteten über ein eigenes Krankengut von je 68 Patienten mit Beginn der chronischen Polyarthritis vor und nach dem 60. Lebensjahr. Eine weitere Gruppe von 68 chronischen Polyarthritikern mit Beginn der Krankheit im 30. bis 45. Lebensjahr wurde zum Vergleich herangezogen. Morgensteifigkeit war im Alter am häufigsten, desgleichen der monartikuläre Beginn, schließlich kamen auch Anämie und Beschleunigung der BKS vermehrt vor. Nachdem verschiedentlich über charakteristische Besonderheiten der cP im Alter berichtet wurde, versuchten die Verfasser durch einen Vergleich der 3 Gruppen signifikante Unterschiede des klinischen Verlaufs zu ermitteln, was nicht gelang.

Eigene Ergebnisse

a. In der Rheumatiker-Station der Klinik Herzoghöhe, Bayreuth gewonnene Ergebnisse:

Es wurden von mir die Krankenakten von 64 Patienten im Alter von über 60 Jahren ausgewertet, die wegen einer chronischen Polyarthritis in der Rheumatikerstation der Klinik Herzoghöhe, Bayreuth der Landesversicherungsanstalt Oberfranken und Mittelfranken behandelt worden sind.

Bei der Untersuchung der Laborbefunde (siehe Tabelle 1) ergab sich, daß bei 92% dieser Patienten die BKS, bei 21,8% der Kupfergehalt im Serum und bei 9,4% die Leukozytenzahl erhöht waren.

Der Serumeisenspiegel war bei 51,5%, der Hämoglobinwert bei 48,4% der Patienten vermindert: Es lag bei ihnen also eine hypochrome Anaemie vor. Bei 68,7% der Kranken war der Latex-Rheumafaktor, bei 18,4% der antinukleäre Faktor positiv.

Was die Geschlechtsverteilung (siehe Tabelle 2) betrifft, waren von der Erkrankung an chronischer Polyarthritis - wie üblich - wesentlich mehr Frauen (84,4%) als Männer (15,6%) betroffen.

59,4% der Patienten waren bei Beginn der Erkrankung jünger als 60 Jahre, 40,6% älter als 60 Jahre. Bei 75,5% begann die chronische Polyarthritis schleichend, bei 21,9% akut.

In 64,1% der Fälle waren zunächst die kleinen Gelenke, in 18,7% die großen Gelenke als erste befallen gewesen. Ein monartikulärer Erstbefall fand sich bei 17,2% (siehe Tabelle 2).

Es wurden nun die Symptome und Merkmale (siehe Tabelle 3) der chronischen Polyarthritis im Alter untersucht. Nach Ausweis der Krankengeschichten wurde von den Patienten am häufigsten über Morgensteifigkeit (98,5%) und über Kraftverlust (90,6%) geklagt. Eine Heberden- und Bouchard - Polyarthrose lag nach klinischem und röntgenologischem Befund bei 37,5% der Patienten vor. Parästhesien gaben 10,9%, eine Hyperhidrosis nur 1,5% der Erkrankten an. Rheumaknoten waren in 7,8% der Fälle, ein Palmarerythem in 4,6% festzustellen. Eine Augenbeteiligung war trotz regelmäßiger Fundusuntersuchungen bei keinem der cP - Patienten festzustellen.

Der Verlauf (siehe Tabelle 4) der chronischen Polyarthritis war bei 57,8% der Patienten gutartig, bei jeweils 4,7% mutilierend und lupoid sowie gutartig u lupoid, bei 7,8% progredient, bei 35,9% mutilierend.

Es wurde anschließend geprüft, ob bezüglich der Schwere des Verlaufs ein Unterschied besteht zwischen den Patienten, bei welchen die cP vor dem 60. Lebensjahr begonnen hat und denjenigen, bei denen sie erst nach dem 60. Lebensjahr aufgetreten ist (siehe Tabelle 5):

Begann die cP vor dem 60. Lebensjahr, verlief sie in 26,5% der Fälle gutartig, in 1,5% progredient und in 31,2% mutilierend.

Begann die cP dagegen erst nach dem 60. Lebensjahr, verlief sie in 33% gutartig, in 3,1% progredient und nur in 4,6% mutilierend.

Von den 64 Fällen wurden 15,6% in das Steinbrocker-Stadium I (siehe Tabelle 6), 10,9% in das Stadium I - II, 21,8% in das Stadium II, 9,4% in das Stadium II - III, 15,6% in das Stadium III, 9,4% in das Stadium III - IV und 7,8% in das Stadium IV nach Steinbrocker eingeordnet. In 26,6% der Fälle wurde wegen der Erkrankung an chronischer Polyarthritis eine Gelenkoperation durchgeführt; in 9,4% lag eine Aufpfropfarthritis nach einer oft lange Jahre bestehenden Heberden- und Bouchard-Polyarthrose vor (siehe Tabelle 7).

Die häufigsten und wichtigsten Zweitdiagnosen waren mit 26,5% das Wirbelsäulensyndrom, mit 14,1% eine Herz- und mit 7,8% eine Niereninsuffizienz sowie mit ebenfalls 7,8% das Vorliegen von Arthrosen. Mit einer Häufigkeit von jeweils 4,7% traten als Zweiterkrankungen chronische Bronchitis und Hypertonie auf.

Abschließend wurde geprüft, welche Basistherapie bei den einzelnen Patienten vorausging. Dies war in jeweils 18,7% die Behandlung mit Goldsalzen und mit Penicillamin, in 17,2% der Fälle die Gabe von Resochin und in 10,9% die von Imurek (siehe Tabelle 7).

Tabelle 1

Laborbefunde

Name	Latex-RF	Hb ↓	Leuko ↑	BKS ↑	Cu ↑	Fe ↓	ANF
N. M.	+	+	+	+	n.d.	+	-
G.G.	-	-	-	+	-	+	-
K. X.	+	-	+	+	n.d.	+	+
G. E.	+	+	-	+	+	-	+
U. K.	+	+	+	+	n.d.	+	-
S. L.	+	+	-	+	n.d.	-	-
H. E.	-	-	-	-	-	-	-
H. M.	+	+	-	+	-	+	-
H. E.	+	-	-	-	n.d.	-	-
K. J.	-	-	-	-	-	-	-
S. M.	+	+	-	+	n.d.	n.d.	-
K. R.	+	-	-	+	n.d.	+	-
G. M.	+	+	-	+	+	-	-
H. I.	+	-	-	+	-	-	-
K. G.	-	+	-	+	+	+	-
S. A.	+	-	-	+	n.d.	-	-
S. B.	+	+	-	+	n.d.	n.d.	-
S. K.	-	+	-	+	n.d.	-	-
S. K.	-	-	-	+	n.d.	n.d.	-
L. H.	+	-	-	+	-	+	-
R. O.	-	+	-	+	-	-	-
L. S.	-	-	-	+	+	+	+
N. J.	-	+	-	+	-	+	-
E. K.	+	+	-	+	n.d.	n.d.	-
P. M.	+	-	-	+	+	+	-
P. E.	+	-	-	+	n.d.	n.d.	+
Z. E.	-	-	-	+	n.d.	+	-
K. W.	+	+	-	+	n.d.	n.d.	-

Tabelle 1 (Fortsetzung)

Laborbefunde

Name	Latex-Rf	Hb ↓	Leuko ↑	BKS ↑	Cu ↑	Fe ↓	ANF
Ha A.	+	-	-	+	n.d.	n.d.	n.d.
F. G.	+	-	-	+	n.d.	n.d.	-
E. T.	-	-	-	+	n.d.	-	-
H. E.	-	-	-	+	+	+	-
B. S.	n.d.	-	-	+	n.d.	n.d.	-
W. H.	-	+	-	+	+	+	-
W. M.	+	-	-	+	-	-	-
W. P.	-	-	+	+	+	+	-
F. A.	-	-	-	+	-	-	-
F. B.	+	+	-	+	-	+	-
E. W.	+	+	-	+	n.d.	+	-
E. H.	+	-	-	+	-	+	+
K. M.	+	-	-	-	-	-	-
B. M.	+	+	-	+	-	+	-
B. B.	+	+	-	+	-	+	-
B. B.	+	+	-	+	-	-	+
B. A.	-	-	+	+	n.d.	+	-
S. K.	+	-	-	+	+	+	-
S. I.	+	+	-	+	+	+	-
E. E.	+	-	-	+	n.d.	n.d.	+
B. E.	+	-	-	+	n.d.	+	-
B. E.	+	+	-	+	n.d.	+	+
G. K.	+	-	-	+	+	-	-
J. M.	+	+	-	+	n.d.	+	+
M. G.	+	+	+	+	n.d.	n.d.	-
P. M.	+	-	-	+	n.d.	n.d.	-
S. A.	+	-	-	+	n.d.	-	+
S. M.	-	-	-	-	-	-	-

Tabelle 1 (Fortsetzung)

Laborbefunde

Name	Latex-RF	Hb ↓	Leuko ↑	BKS ↑	Cu ↑	Fe ↓	ANF
S. L.	+	-	-	+	-	-	-
M. J.	+	+	-	+	-	+	-
L. J.	+	+	-	+	+	+	-
R. H.	-	-	-	-	+	-	+
R. H.	+	+	-	+	-	+	-
R. F.	-	+	-	+	+	+	-
R.	+	+	-	+	+	+	-
J. C.	+	+	-	+	n.d.	+	+

Tabelle 2

Geschlechtsverteilung, Alter bei Beginn, Art des Beginns und des Erstbefalls bei chronischer Polyarthritis im Alter

Name	Geschlecht	Alter bei Beginn		Art des Beginns		Erstbefall		
		>60	<60	akut	schleich.	m.	kl.	gr. G.
N. M.	w.	x		x			x	
G. G.	w.		x	x			x	
K. K.	m.	x			x		x	
G. E.	w.		x		x		x	
U. K.	w.	x			x		x	
S. L.	w.	x			x		x	
H. E.	w.		x		x		x	
H. M.	m.		x		x	x		
H. E.	w.	x			x		x	
K. J.	w.		x		x		x	
S. M.	m.		x		x			x
K. R.	w.		x		x	x		
G. M.	w.		x		x		x	
H. I.	w.		x		x		x	
K. G.	w.		x	x		x		
S. A.	w.	x			x		x	
S. B.	w.		x		x		x	
S. K.	w.		x	x			alle Gelenke	
S. K.	w.		x		x		x	
L. H.	w.		x		x		x	
R. O.	w.	x			x	x		
H. J.	w.	x			x		x	
H. K.	m.		x	x			alle Gelenke	
P. M.	w.		x		x	x		
P. E.	w.		x	x			alle Gelenke	
Z. E.	w.	x			x	x		

Tabelle 2 (Fortsetzung)

Name	Geschlecht	Alter bei Beginn >60	Alter bei Beginn <60	Art des Beginns akut	Art des Beginns schleich.	Erstbefall m.	Erstbefall kl.	Erstbefall gr.G.
K. W.	m.	x			x	x		
H. A.	w.	x			x		x	
F. G.	w.		x		x		x	
E. T.	w.		x		x		x	
P. E.	w.	x		x		x		
B. S.	w.		x		x		x	
W. P.	w.		x		x		x	
W. M.	w.		x		x	nicht bekannt		
W. P.	w.		x		x		x	
F. A.	w.	x			x		x	
F. B.	w.		x		x		x	
E. W.	m.		x		x			x
E. H.	m.	x			x		x	
K. M.	w.		x		x			x
B. M.	w.	x			x			x
B. B.	w.		x		x		x	
B. B.	w.		x	x			x	
B. A.	w.		x		x		x	
S. K.	m.		x		x	x		
S. I.	w.	x			x		x	
E. E.	w.	x			x	x		
B. E.	w.	x		x				x
B. E.	w.	x			x			x
G. K.	w.	x			x			x
J. M.	w.		x		x			x
M. G.	w.		x	x		alle Gelenke		
P. M.	w.		x	x		alle Gelenke		

Tabelle 2 (Fortsetzung)

Name	Geschlecht	Alter bei Beginn		Art des Beginns		Erstbefall		
		> 60	< 60	akut	schleich.	m.	kl.	gr.G.
S. A.	w.	x			x		x	
S. M.	w.	x			x		x	
S. L.	w.		x		x		x	
M. J.	m.		x		x	x		
L. J.	m.	x		x		alle Gelenke		
R. H.	w.	x		x			x	
R. H.	w.		x	x		alle Gelenke		
R. F.	w.	x			x			x
R.	w.	x			x			x
J. C.	w.		x		x		x	

Abkürzungen:

m. = monoartikulär

kl. G. = kleine Gelenke

gr. G. = große Gelenke

schleich. = schleichend

m. = männlich

w. = weiblich

Tabelle 3

Symptome und Merkmale der chronischen Polyarthritis im Alter

Name	M.	Pal.	H.	Par.	K.	A.	R.	H. + B.	B.Z.
N. M.	x	x	-	x	x	-	x	x	-
G. G.	x	-	-	-	x	-	-	-	-
K. X.	x	-	-	-	x	-	-	x	-
G. E.	x	-	-	-	x	-	-	-	-
U. K.	x	-	-	-	x	-	-	-	-
S. L.	x	-	-	-	x	-	-	x	x
H. E.	x	-	-	-	x	n.d.	-	x	-
H. M.	x	-	-	-	x	n.d.	-	-	-
H. E.	x	-		-	-	n.d.	-	x	-
K. J.	x	-	-	-	x	-	-	-	-
S. M.	x	-	-	-	-	n.d.	-	-	-
K. R.	x	x	x	x	x	-	-	-	-
G. M.	x	-	-	-	x	-	-	-	-
H. I.	x	x	-	-	x	-	-	x	-
K. G.	x	-	-	-	x	-	-	x	-
S. A.	x	-	-	-	x	-	-	-	-
S. B.	x	-	-	-	x	n.d.	-	-	-
S. K.	x	-	-	-	x	-	-	-	-
S. K.	x	-	-	-	x	n.d.	-	x	-
L. H.	x	-	-	-	x	-	-	-	-
R. O.	x	-	-	-	x	n.d.	-	x	-
L. S.	x	-	-	-	x	n.d.	-	-	-
H. J.	x	-	-	-	x	-	-	x	-
H. K.	x	-	-	-	x	-	-	-	-
P. M.	x	-	-	-	x	n.d.	-	x	x
P. E.	x	-	-	-	x	n.d.	-	-	-
Z. E.	x	-	-	-	x	n.d.	-	-	-

Tabelle 3 (Fortsetzung)

Symptome und Merkmale der chronischen Polyarthritis im Alter

Name	M.	Pal.	H.	Par.	K.	A.	R.	H. + B.	B.Z.
K. W.	x	-	-	-	x	n.d.	-	x	-
H. A.	x	-	-	-	x	-	-	x	-
F. G.	x	-	-	x	x	n.d.	-	x	-
E. T.	x	-	-	-	x	-	-	-	-
B. E.	x	-	-	-	x	n.d.	-	x	-
B. S.	x	-	-	-	x	-	-	x	-
W. H.	x	-	-	-	x	-	x	-	-
W. M.	x	-	-	-	x	-	-	-	x
W. P.	x	-	-	-	x	-	-	-	-
F. A.	x	-	-	-	x	-	-	-	-
F. B.	x	-	-	-	x	-	-	x	-
E. W.	x	-	-	-	x	n.d.	-	x	-
E. H.	x	-	-	-	x	-	x	-	-
K. M.	x	-	-	-	x	-	-	-	-
B. M.	x	-	-	-	x	x	-	x	x
B. B.	x	-	-	-	x	-	-	-	-
B. B.	x	-	-	-	x	-	-	-	-
B. A.	x	-	-	x	x	-	-	-	-
S. K.	x	-	-	-	x	-	-	-	-
S. I.	x	-	-	-	x	-	-	x	-
E. E.	x	-	-	-	x	-	-	-	-
B. E.	x	-	-	-	x	-	-	x	-
B. E.	x	-	-	-	x	-	-	-	-
G. K.	x	-	-	-	x	-	-	-	-
J. M.	x	-	-	-	x	-	-	-	-
M. G.	x	-	-	-	-	n.d.	-	-	-
P. M.	x	-	-	-	x	n.d.	x	-	-

Tabelle 3 (Fortsetzung)

Symptome und Merkmale der chronischen Polyarthritis im Alter

Name	M.	Pal.	H.	Par.	K.	A.	R.	H + B	B.Z.
S. A.	x	-	-	-	x	-	-	-	-
S. M.	x	-	-	-	-	-	-	-	-
S. L.	x	-	-	-	x	-	-	-	-
M. J.	x	-	-	x	x	n.d.	-	-	-
L. J.	x	-	-	-	x	-	-	-	-
R. H.	x	-	-	-	-	-	-	x	-
R. H.	x	-	-	-	x	-	x	-	-
R. F.	x	-	-	-	-	-	-	x	-
R.	x	-	-	-	x	n.d.	-	-	-
J. C.	x	-	-	x	x	-	-	-	-

Abkürzungen:

M. = Morgensteifigkeit

Pal. = Palmaterythem

H. = Hyperhidrosis

Par. = Parästhesien

K. = Kraftverlust

A. = Augenbeteiligung

R. = Rheumaknoten

H. + B. = Heberden- und Bouchard - Polyarthrose

B.Z. = Baker's Zyste

Tabelle 4

Verlauf

Name	gutartig	gutartig u. lupoid	progredient	mutilierend	mutilierend u. lupoid
N. M.			x		
G. G.				x	
K. X.		x			
G. E.				x	
U. K.			x		
S. L.			x		
H. E.	x				
H. M.				x	
H. E.	x				
K. J.	x				
S. M.	x				
K. R.				x	
G. M.				x	
H. I.	x				
K. G.			x		
S. A.	x				
S. B.				x	
S. K.				x	
S. K.	x				
L. H.	x				
R. O.				x	
L. S.				x	
H. J.	x				
H. K.				x	
P. M.	x				
P. E.					x
Z. S.	x				

Tabelle 4 (Fortsetzung)

Name	Verlauf				
	gutartig	gutartig u. lupoid	progredient	mutilierend	mutilierend u. lupoid
K. W.	x				
H. A.	x				
F. G.	x				
E. T.				x	
B. E.	x				
B. S.	x				
W. H.	x				
W. M.				x	
W. P.				x	
F. A.	x				
F. B.				x	
E. W.	x				
E. H.	x				
K. M.	x				
B. M.	x				
B. B.	x				
B. B.	x				
B. A.				x	
S. K.				x	
S. I.	x				
E. E.		x			
B. E.	x				
B. E.				x	
G. K.	x				
J. M.		x			
M. G.				x	
P. M.				x	

Tabelle 4 (Fortsetzung)

Name	Verlauf				
	gutartig	gutartig u. lupoid	progredient	mutilierend	mutilierend u. lupoid
S. A.					x
S. M.	x				
S. L.	x				
M. J.	x				
L. J.			x		
R. H.		x			
R. F.	x				
R.	x				
J. C.					x
R. H.				x	

Tabelle 5

Verlauf der c P bei Beginn der Erkrankung

Name	vor dem 60. Lebensjahr	nach dem 60. Lebensjahr
N. M.		progredient
G. G.	mutilierend	
K. X.		gutartig + lupoid
J. S.	mutilierend	
U. K.		progredie
S. L.		progredient
H. E.	gutartig	
H. M.	mutilierend	
H. E.		gutartig
K. J.	gutartig	
S. M.	gutartig	
K. R.	mutilierend	
G. M.	mutilierend	
H. I.	gutartig	
K. G.	progredient	
S. A.		gutartig
S. B.	mutilierend	
S. K.	mutilierend	
S. K.	gutartig	
L. H.	gutartig	
R. O.		mutiliere d
L. S.	mutilierend	
H. J.		gutartig
R. K.	mutilierend	
P. M.	gutartig	
P. E.	mutilierend + lupoid	
Z. E.		gutartig

Tabelle 5 (Fortsetzung)

Verlauf der c P bei Beginn der Erkrankung

Name	vor dem 60. Lebensjahr	nach dem 60. Lebensjahr
K. W.		gutartig
H. A.		gutartig
F. G.	gutartig	
E. T.	mutilierend	
B. E.		gutartig
B. S.	gutartig	
W. H.	gutartig	
W. M.	mutilierend	
W. P.	mutilierend	
F. A.		gutartig
F. B.	mutilierend	
E. W.	gutartig	
E. H.		gutartig
K. M.	gutartig	
B. M.		gutartig
B. B.	gutartig	
B. B.	gutartig	
B. A.	mutilierend	
S. K.	mutilierend	
S. I.		gutartig
E. E.		gutartig + lupoid
B. E.		gutartig
B. E.		mutilierend
G. K.		gutartig
J. M.	gutartig + lupoid	
M. G.	mutilierend	
P. M.	mutilierend	

Tabelle 5 (Fortsetzung)

Verlauf der c P bei Beginn der Erkrankung

Name	vor dem 60. Lebensjahr	nach dem 60. Lebensjahr
S. A.		mutilierend + lupoid
S. M.	gutartig	
S. L.	gutartig	
M. J.	gutartig	
L. J.		gutartig
R. H.		gutartig + lupoid
R. H.	mutilierend	
R. F.		gutartig
R.		gutartig
J. C.	mutilierend + lupoid	

Tabelle 6

Steinbrocker - Stadium

Name	I	I - II	II	II - III	III	III - IV	IV	
N. M.			x					
G. G.					x			
K. A.	x							
G. E.					x			
U. K.					x			
S. L.					x			
H. E.		x						
H. M.					x			
H. E.	x							
K. J.		x						
S. M.	x							
K. R.							x	
G. M.						x		
H. I.			x					
K. G.				x				
S. A.			x					
S. B.					x			
S. K.					x			
S. K.			x					
L. H.			x					
R. O.							x	
L. S.					x			
H. J.			x					
H. K.						x		
P. M.			x					
P. E.							x	
Z. E.			x					
K. W.			x					
H. A.		x						

Tabelle 6 (Fortsetzung)

Steinbrocker - Stadium

Name	I	I - II	II	II - III	III	III - IV	IV
F. G.		x					
E. T.					x		
B. E.				x			
B. S.				x			
W. H.				x			
W. M.					x		
W. P.					x		
F. A.		x					
F. B.					x		
E. W.			x				
E. H.	x						
K. M.	x						
B. M.	x						
B. B.			x				
B. B.	x						
B. A.							x
S. K.				x			
S. I.	x						
E. E.			x				
B. E.		x					
B. E.		x					
G. K.	x						
J. M.			x				
M. G.							x
P. M.						x	
S. A.				x			
S. M.	x						
S. L.					x		

Tabelle 6 (Fortsetzung)

Steinbrocker - Stadium

Name	I	I - II	II	II - III	III	III - IV	IV
M. J.					x		
L. J.			x				
R. H.						x	
R. F.		x					
R.		x					
I. C.						x	
R. H.	x						

Tabelle 7

Aufpfropfarthritis nach Heberden - Arthrose, wegen der o P durchgeführte Gelenkoperationen, vorausgegangene Basistherapie und wichtigste Zweitdiagnose bei chronischer Polyarthritis im Alter

Name	Aufpfropf-arthritis	Gelenk-operationen	Basis-therapie	Zweitdiagnose
N. M.	x	-	-	Herzinsuffizienz
G. G.	-	-	-	"
K. K.	-	-	Gold	chron. Emphysembronchitis
G. E.	-	-	Resochin	Herzinsuffizienz
U. K.	-	-	Trolovol	chron. Niereninsuffiziens
S. L.	-	-	-	Hypertonie
H. S.	-	Synovektomie	-	LWS - Syndrom
H. M.	-	TEP Kniegel.	Trolovol	Hyperurikämie
H. E.	-	-	-	Diabetes mellitus
K. J.	-	-	Trolovol	LWS - Syndrom
S. M.	-	-	-	art. Durchblutungsstörung
K. R.	-	-	Gold u. Trolovol	atlanto-axiale Dislokation des 5. HWK
G. M.	-	-	-	Hypertonie
H. I.	x	-	-	chron. Hepatitis
K. G.	-	Synovektomie	-	Ureterolithiasis
S. A.	-	-	Resochin	Gonarthrose
S. B.	-	-	Gold	Gonarthrose
S. K.	-	Arthrodese re.Kniegel.	Imurek	chron. Niereninsuffiziens
S. K.	-	-	-	HWS- u. LWS - Syndrom
L. E.	-	-	Resochin u. Imurek	Hypertonie
K. O.	-	-	-	WS - Syndrom
L. S.	-	Synovektomie	Trolovol	tox.-nutr. Leberschaden
H. J.	-	-	-	LWS - Syndrom
K. K.	-	-	-	Herzinsuffizienz
P. M.	-	Synovektomie	Gold	HWS- u. LWS - Syndrom

Tabelle 7 (Fortsetzung)

Name	Aufpfropf-arthritis	Gelenk-operationen	Basis-therapie	Zweitdiagnose
P. E.	-	TEP re.Knie- u.li.Hüftgel.	Imurek u. Metalcaptase	chron. Niereninsuffiziens
Z. E.	-	-	-	Coxarthrose bds.
K. W.	-	TEP bd.Hüftgel.	Gold	HWS - Syndrom
H. A.	-	-	-	WS - Syndrom
F. G.	-	-	-	LWS - Syndrom
E. T.	-	TEP li.Kniegel.	-	Herzinsuffiziens
B. E.	-	-	-	Gonitis u. Coxitis
B. S.	-	-	Metalcaptase	HWS - Syndrom
W. H.	-	-	-	WS - Syndrom
W. M.	-	Fingergelenks-prothesen	Trolovol u. Imurek	sek. NNR-Insuffizienz
W. P.	-	-	Metalcaptase	erosive Gastritis
F. A.	-	-	-	asthmoide Bronchitis
F. B.	-	-	Gold u. Imurek	Amyloidose
E. W.	-	-	Gold	HWS - Syndrom
E. H.	-	-	-	asthmoide Bronchitis
K. M.	-	-	Resochin	LWS - Syndrom
B. M.	x	-	-	chron. Sinusitis
B. B.	x	-	Resochin	LWS - Syndrom
B. B.	-	-	-	HWS - Syndrom
B. A.	-	TEP bd.Knie- u.bd.Hüftgel.	Imurek u. Metalcaptase	Herzinsuffiziens
S. K.	-	TEP Kniegel.	Resochin	chron. Bronchitis
S. I.	-	-	Resochin	Herzinsuffiziens
E. E.	-	-	-	Silikose
B. E.	x	-	-	Schulter-Arm-Syndrom
B. E.	-	TEP Kniegel.	Imurek	atlanto-axiale Subluxation
G. K.	-	-	Resochin	WS - Syndrom
J. M.	-	TEP Kniegel.	Gold u. Resochin	chron. Niereninsuffiziens

Tabelle 7 (Fortsetzung)

Name	Aufpfropf-arthritis	Gelenk-operationen	Basis-therapie	Zweitdiagnose
M. G.	-	Synovektomie	-	Herzinsuffizienz
P. M.	-	TEP Kniegel.	-	"
S. A.	-	-	-	koronare Herzkrankheit
S. M.	-	-	-	WS - Syndrom
S. L.	-	-	Gold	Osteoporose
M. J.	-	-	Gold	Hyperuricämie
L. J.	-	-	-	Herzinsuffizienz
R. H.	-	-	-	Varicosis
R. H.	-	-	Gold	chron. Niereninsuffizienz
R. F.	-	-	-	Schulter-Arm-Syndrom
R.	-	-	Trolovol	Residivstruma
J. C.	-	-	D-Penicill-amin	Coxitis bds.

Auswertung der insgesamt 64 Fälle

Laborbefunde

Latex-RF	Hb ↓	Leuko ↑	BKS ↑	Ju ↑	Fe ↓	ANF +
68,7%	48,4%	9,4%	92%	21,8%	51,5%	18,4%

Symptome u. Merkmale der cP im Alter

M.	Pal.	H.	Par.	K.	A.	R.	H.+B.
98,5%	4,6%	1,5%	10,9%	90,6%	0%	7,8%	37,5%

Steinbrocker-Stadium

I	I-II	II	II-III	III	III-IV	IV
15,6%	10,9%	21,8%	9,4%	15,6%	9,4%	7,8%

Verlauf

gutartig	gutartig u.lupoid	progredient	mutilierend	mutilierend u. lupoid
57,8%	4,7%	7,8%	35,9%	4,7%

Verlauf bei Beginn

vor dem 60. Lebensjahr			nach dem 60. Lebensjahr		
gutartig	progredient	mutilierend	gutartig	progredient	mutilierend
26,5%	1,5%	31,2%	33%	3,1%	4,6%

Geschlechtsverteilung, Alter bei Beginn, Art des Beginns und des Erstbefalls bei cP im Alter

Geschlecht		Alter bei Beginn		Art des Beginns		Erstbefall		
w.	m.	>60	<60	akut	schleich.	m.	kl.	gr. G.
84,4%	15,6%	40,6%	59,4%	21,9%	75,5%	17,2%	64,1%	18,7%

Vorausgegangene Basistherapie

Gold	Resochin	Imurek	Penicillamin
18,7%	17,2%	10,9%	18,7%

Aufpfropfarthritis	Gelenkoperation wegen cP
9,4%	26,6%

Abkürzungen:

M. = Morgensteifigkeit, Pal. = Palmarer them, H. = Hyperhidrosis
Par. = Parästhesien, K. = Kraftverlust, A. = Augenbeteiligung
R. = Rheumaknoten, H. + B. = Heberden- und Bouchard - Polyarthrose
w. = weiblich, m. = männlich; m., kl., gr. G. = monoartikulär, kleine, große Gelenke.

Eigene Ergebnisse

b. Fallbeschreibungen aus der Rheumatikerstation der Klinik Herzoghöhe, Bayreuth.

Es folgt nun eine Darstellung der Krankengeschichten von 5 Patienten, die ich aus dem zur Verfügung stehenden 64 Personen umfassenden Krankengut ausgewählt habe.
Beim Fall 1 (siehe Abbildungen 1 a - e) handelt es sich um die Patientin K. R., 62 Jahre alt, mit typischer mutilierender chronischer Polyarthritis, deren Erkrankungsbeginn in das Jahr 1955 fiel, zunächst das linke Fußgelenk betraf und einen progredienten Verlauf über viele Jahre zeigte.
1980 kam es dann zu einer atlanto - axialen Dislokation mit deutlicher Stufenbildung HWK 5/6. Sie verstarb im Juli 1982 an der dadurch hervorgerufenen Querschnittslähmung mit Tetraplegie.
Was die Laborwerte betrifft, waren BKS und CRP sowie die alpha1 und die alpha2 - Fraktion in der Elektrophorese erhöht; die Rheumafaktoren fielen positiv, der antinukleäre Faktor negativ aus. Des weiteren lag eine hypochrome Anaemie mit erniedrigtem Hämoglobin- und Eisenspiegel vor.
Die Röntgenaufnahme der HWS zeigte eine atlanto - axiale Dislokation, ventrale Luxation des 5. HWK mit entsprechender Einengung der Foramina intervertebralia. In den Röntgenbildern der Knie- und Ellbogen- sowie Schultergelenke fanden sich deutlich destruierende Prozesse, im Bereich beider Hände eine schwere mutilierende cP.

Abbildung 1 a: 62 Jährige Patientin K.R. mit mutilierender chronischer Polyarthritis der Hand (fotograf. Aufnahme)

Abbildung 1 b: Die gleiche Patientin K.R. Röntgenbild mit schweren Destruktionen der Hand und Fingergrundgelenke (Mutilation).

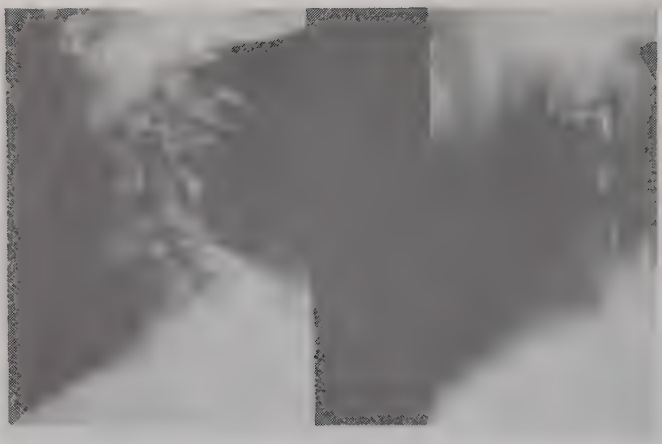

Abbildung 1 c: Die gleiche Patientin K.R. Wirbelgleiten zwischen HWK5 und 6 sowie Atlanto-Axial-Luxation (rechter Bildteil: Schichtaufnahme).

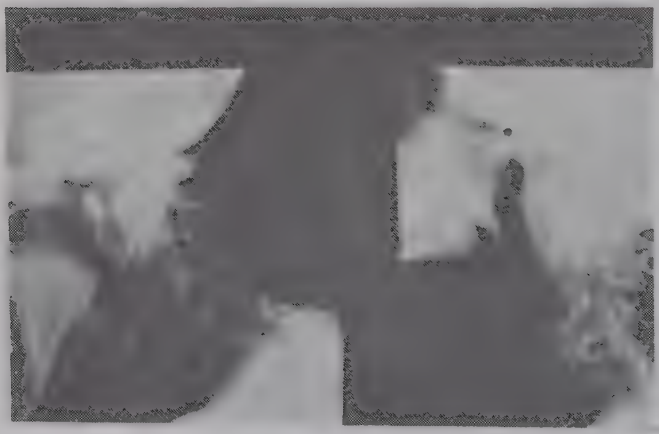

Abbildung 1 d: Die gleiche Patientin K.R. Halswirbelsäule in Flexion und Extension (Funktionsaufnahme).

Abbildung 1 e: Die gleiche Patientin K.R. mit nahezu völliger Destruktion des Humeruskopfes.

Abbildung 4: 60 Jährige Patientin N.M. mit Aufpfropfarthritis Endgelenksarthrose, gelenknahe Demineralisation Gelenkspaltverschmälerung und vereinzelte zystische Aufhellungen.

Beim Fall 2 (siehe Abbildungen 2 a - d) handelt es sich um die Patientin P. E., 70 Jahre alt, mit typischer mutilierender chronischer Polyarthritis, deren Beginn in das Jahr 1966 fällt, sämtliche Gelenke betrifft, mit progredientem Verlauf über viele Jahre, wodurch zwei Gelenkoperationen erforderlich wurden (Totalendoprothese linkes Hüftgelenk und TEP rechtes Kniegelenk). Seit 1968 ist die Verlaufsform der bei ihr bestehenden cP lupoid.

An Laborwerten fanden sich eine erhöhte BKS und alkalische Phosphatase sowie erniedrigte Hämoglobin- und Gesamteiweißwerte. Die Rheumafaktoren und der antinukleäre Faktor waren positiv. In der Elektrophorese ergab sich eine Hypalbuminämie und eine Hypergammaglobulinämie; die alpha-1 und die alpha-2 - Fraktionen waren erhöht.
Die Röntgenbilder zeigten eine schwere Coxitis rechts, (links Zustand nach TEP), eine ausgeprägte Gonitis links (rechts Zustand nach TEP), eine schwere mutilierende Omarthritis bds., eine Sprunggelenksarthritis links und eine ausgeprägte mutilierende Polyarthritis beider Hände.

Beim Fall 3 (siehe Abbildungen 3 a und b) handelt es sich um die 77-jährige Patientin M. G., ebenfalls mit typischer mutilierender chronischer Polyarthritis, deren Beginn in das Jahr 1949 fällt. Es wurden im Laufe der Zeit progredient sämtliche Gelenke betroffen; besonders schwer war der destruieren-

de Prozeß in beiden Kniegelenken, so daß sich 1976 eine Synovektomie des rechten Kniegelenks als notwendig erwies, des weiteren eine Arthrodese des rechten Daumeninterphalangealgelenks.

Bei den Laboruntersuchungen ergaben sich erhöhte BKS - und Leukozytenwerte, eine zu hohe alkalische Phosphatase sowie ein zu niedriges Hb. Der Rheumafaktor fiel positiv, der antinukleäre Faktor negativ aus. In der Elektrophorese waren zu niedrige Albumin- und zu hohe Werte der alpha-2-Fraktion festzustellen.

Abbildung 2 a: 70-jährige Patientin P.E. mit großflächigem Substanzverlust und Luxation des Humeruskopfes

Abbildung 2 b: Die gleiche Patientin p.E. mit ausgeprägten Mutilationen der Fingermittelgelenke 3 - 5 rechts

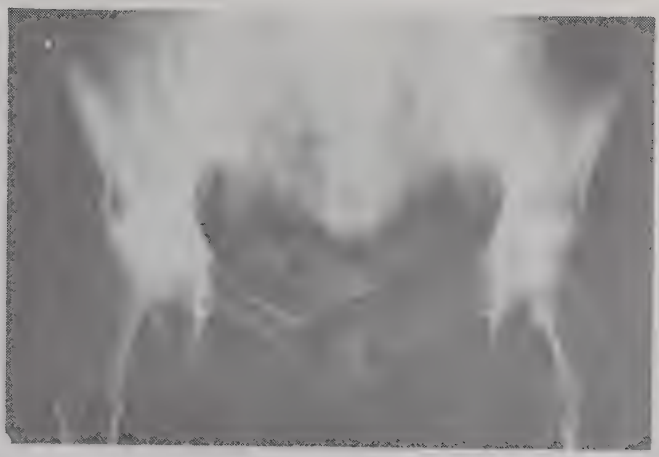

Abbildung 2 c: Die gleiche Patientin P. E. mit schwerer Coxitis der Hüftgelenke, welche die Gelenkspalten kaum noch erkennen läßt.

Abbildung 2 d: Die gleiche Patientin P. E. mit ausgeprägter Verschmälerung des linken Kniegelenkspaltes, großen Zystenbildungen.

Abbildung 3 a: 77-jährige Patientin M. G. mit mutilierender chronischer Polyarthritis. Das Foto zeigt vor allem rechts schwere Veränderungen im Sinne der Bajonettstellung des Handgelenks.

Abbildung 3 b: Die gleiche Patientin M. G. mit deutlicher Gelenkspalteinschmälerung links als Ausdruck der hier ablaufenden cP.

Die Röntgenbilder zeigen eine ausgesprochen schwere mutilierende Gonarthritis bds.

Der Fall 4 (siehe Abbildung 4) beschäftigt sich mit der 69-jährigen Patientin N. M., bei der eine progredient verlaufende chronische Polyarthritis vorliegt. Es kam im Juli 1982 zu einem akuten Beginn der Gelenkbeschwerden. Es waren zunächst beide Hand- sowie die Fingergrund- und Fingermittelgelenke bds. befallen, kurze Zeit später auch beide Knie-, Schulter- und Zehengrundgelenke sowie der linke Ellbogen.
Die chronische Polyarthritis hat sich hier auf eine seit längerem bestehende Heberden- Polyarthrose aufgepfropft.
Laborchemisch waren die Serumeisen- und die Hämoglobinwerte erniedrigt; im Differentialblutbild zeigte sich eine leichte Linksverschiebung; der antinukleäre Faktor war negativ.
Röntgenologisch waren wegen der Kürze des Bestehens der cP noch keine ausgeprägten destruktiven Veränderungen festzustellen. Es zeigten sich eine Fingerend- und Fingermittelgelenksarthrose sowie eine deutliche Demineralisation in mehreren Gelenken.
Bei dieser Patientin trat die cP im Alter von über 60 Jahren auf und man muß hier wegen der Schnelligkeit des Befalls mehrerer großer und kleiner Gelenke von einem ausgesprochen progredientem Verlauf sprechen.

Beim Fall 5 (siehe Abbildungen 5 a - c) geht es um die 72 jährige Patientin S. L. mit typischer chronischer Polyarthritis und einer Baker's Zyste in der rechten Kniekehle. Die Erkrankung begann 1979, also erst im Alter von über 60 Jahren und hat sich hier ebenfalls auf eine bereits seit längerer Zeit bestehende Fingergelenkspolyarthrose aufgepfropft.

Die cP befiel beide Hand-, Knie- und Ellbogengelenke sowie die Fingergelenke beider Hände.

Die Laboruntersuchungen ergaben erhöhte BKS-, alpha-1 und alpha-2- sowie Gammaglobulinwerte. Der Rheumafaktor war positiv, der antinukleäre Faktor negativ.

In den Röntgenbildern beider Hände sah man eine erhebliche Osteoporose, eine Einschmälerung der Fingermittelgelenke und eine Fingergelenkspolyarthrose. Das Röntgenbild beider Kniegelenke zeigte eine Gelenkspalteinschmälerung.

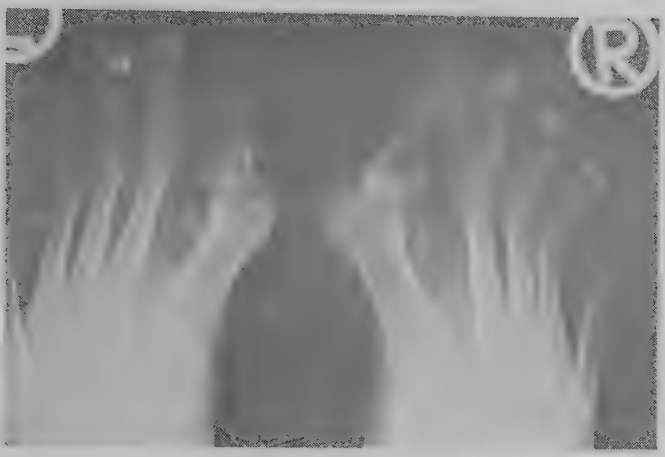

Abbildung 5 a: 72-jährige Patientin S. L. mit überwiegend an den Vorfüßen sich zeigenden zystischen Destruktionen und Fehlstellungen

Abbildung 5 b: Die gleiche Patientin S. L. mit im Vergleich zu den Vorfüßen relativ "leichtem" Befall (besonders links ausgeprägte Tenosynovitis)

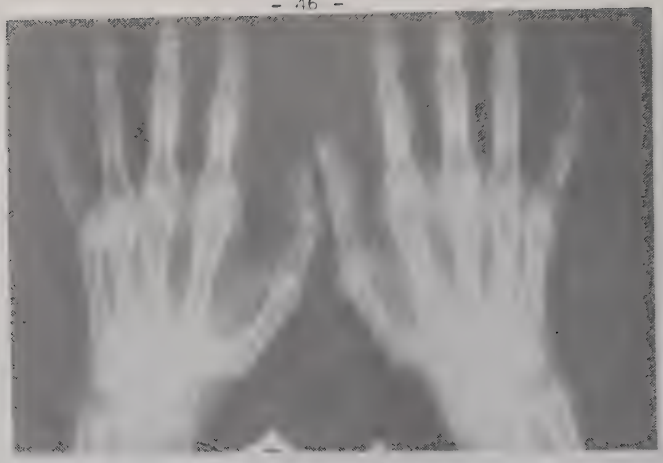

Abbildung 5 c: Die gleiche Patientin S. L. mit wenig destruktivem Verhalten an den Händen. Einzige Erosion zeigt sich im Fingergrundgelenk V links.

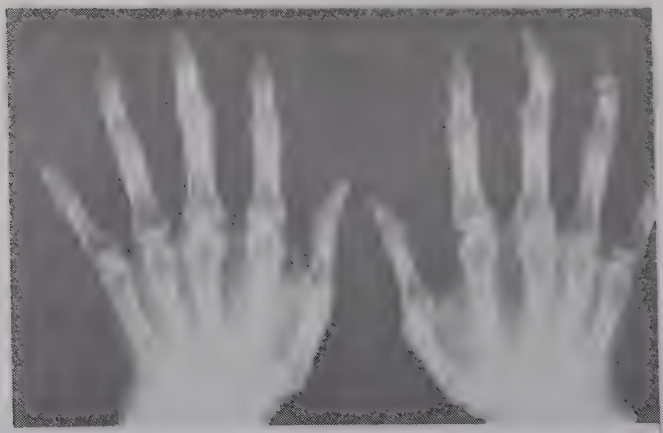

Abbildung 6 a: 74-jährige Patientin R. O. mit schwerer cP, vorwiegend mit Befall großer Gelenke; deutliche Hinweise für die Aufpfropfung auf die Heberden-Arthrose.

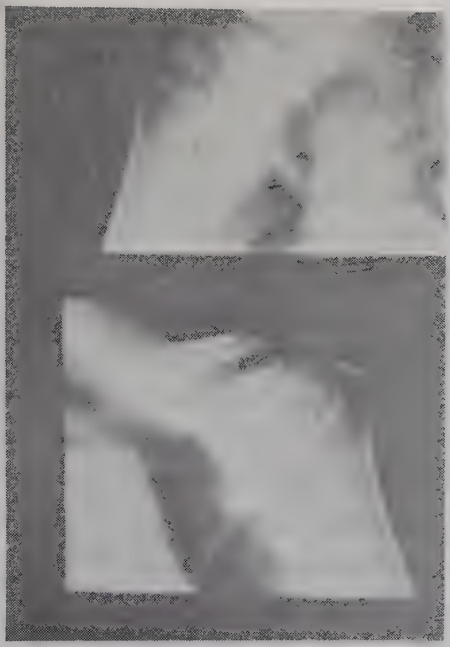

Abbildung 6 b: Die gleiche Patientin R. O. mit großzystischer Destruktion des rechten Schultergelenks; auch im linken Schulergelenk mehrere zystische Destruktionen.

Abbildung 6 c: Die gleiche Patientin R. O. mit schwerer beidseitiger Coxitis unter völliger Destruktion der Hüftgelenksköpfe, links mit Protrusion in das Acetabulum

Diskussion

Die Durchsicht der bisherigen Ergebnisse aus der Literatur ergab, daß die meisten Autoren (Kaiser, Josenhans, Wirth, Dequeker, Böni, Evers, Jesserer, Albrecht, Mathies) bei der Untersuchung ihres Patientengutes feststellten, daß der Verlauf der cP bei Beginn im höheren Lebensalter eine Reihe von Besonderheiten aufweise, nämlich oft einen akuten Beginn, einen besonders progredienten Verlauf, einen asymmetrischen Befall und Beginn an großen Gelenken, relativ häufigere Erkrankung von Männern, häufige Gelenkdestruktionen und frühzeitige Muskelatrophien, eine oligoartikuläre Entwicklung und eine starke Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes; selten sei eine viscerale Beteiligung.
Ehrlich und Mitarbeiter berichteten dagegen von einer besseren Prognose und einem günstigeren Verlauf der Alters-cP. Bach und Mitarbeiter konnten ebenfalls bei einer vergleichenden Untersuchung von 3 Altersgruppen keine charakteristischen Besonderheiten der cP im Alter und keine signifikanten Unterschiede ihres klinischen Verlaufes ermitteln.

Bei meiner Auswertung der Krankenakten von 64 Patienten im Alter von über 60 Jahren, die wegen einer chronischen Polyarthritis in der Klinik Herzoghöhe behandelt wurden, habe ich u.a.geprüft, ob bezüglich der Schwere des Verlaufs ein Unterschied besteht zwischen den Patienten, bei welchen die cP vor dem 60. Lebensjahr begonnen hat und denjenigen, bei

denen sie erst nach dem 60. Lebensjahr aufgetreten ist. In diesem zufällig ausgewählten Patientengut waren 59,4% der Patienten bei Beginn der Erkrankung jünger als 60 Jahre, 40,6% älter als 60 Jahre. Begann die cP vor dem 60. Lebensjahr, so verlief sie in 26,5% der Fälle gutartig, in 1,5% progredient und in 31,2% mutilierend.
Begann die cP dagegen erst nach dem 60. Lebensjahr, verlief sie in 33% gutartig, in 3,1% progredient und nur in 4,6% mutilierend. Die geringe Häufigkeit eines mutilierenden Verlaufes in der letztgenannten Gruppe ist dadurch zu erklären, daß die chronische Polyarthritis bei diesen Patienten erst ein oder wenige Jahre bestand (und nicht Jahrzehnte wie bei der ersten Gruppe).
Bezüglich des gutartigen und des progredienten Verlaufs ergaben sich jedoch keine größeren Häufigkeitsunterschiede.

Zusammenfassung:

Es war Ziel dieser Arbeit, an einem kleinen ausgewählten Krankengut ausfindig zu machen, wie die chronische Polyarthritis, die erst nach dem 60. Lebensjahr aufgetreten ist, im Vergleich zu den älteren cP - Patienten, bei denen sie vor dem 60. Lebensjahr begonnen hat, verläuft.
Zunächst wurden die bisherigen Ergebnisse aus der Literatur bezüglich der im Alter von über 60 Jahren aufgetretenen chronischen Polyarthritis vorgetragen. Die Mehrzahl der im Literaturverzeichnis angegebenen Autoren stellten bei der Untersuchung ihres Patientengutes fest, daß der Verlauf der cP bei Beginn im höheren Lebensalter eine Reihe von Besonderheiten gegenüber dem sog. typischen Krankheitsbild aufweise.
Die Auswertung der Krankenakten von 64 Patienten im Alter von über 60 Jahren, die wegen einer chronischen Polyarthritis in der Klinik Herzoghöhe, Bayreuth behandelt worden sind, ergab bezüglich der Schwere des Verlaufs keinen gravierenden Unterschied zwischen denjenigen Patienten, bei welchen die cP vor dem 60. Lebensjahr begonnen hat und denjenigen, bei denen sie erst nach dem 60. Lebensjahr aufgetreten ist.
Im Gegenteil: Der Prozentsatz der mutilierenden Verläufe bei Beginn der cP nach dem 60. Lebensjahr war - wohl wegen der z.T. wesentlich kürzeren Krankheitsdauer bei diesen Patienten - erheblich niedriger als bei denjenigen Patienten, die oft schon seit Jahrzehnten an einer chronischen Polyarthritis litten.

Es wurden außerdem bei diesen 64 Patienten die Laborbefunde, die Symptome und Merkmale der cP im Alter, die Geschlechtsverteilung, das Alter bei Beginn, die Art des Beginns und des Erstbefalls bei der chronischen Polyarthritis im höherem Alter statistisch ausgewertet. Außerdem wurde eine Einteilung in die vier Steinbrocker - Stadien vorgenommen; schließlich wurde untersucht, welche Basistherapie jeweils vorausgegangen war, in welchem Prozentsatz wegen der cP eine Gelenkoperation durchgeführt wurde, und in welchen Fällen es sich um eine sogenannte Aufpfropfarthritis handelte.

In einem weiteren Abschnitt wurden die Krankengeschichten von fünf ausgewählten Patienten aus dem untersuchten Krankengut dargestellt, bei denen die chronische Polyarthritis teilweise einen sehr schweren Verlauf nahm. In zwei anderen Fällen hatte sich die cP auf eine bereits seit längerem bestehende Heberden- Polyarthrose aufgepfropft.
In der abschließenden Diskussion wurden die unterschiedlichen, in der Literatur aufzufindenden Untersuchungsergebnisse bezüglich des Verlaufs der in höherem Alter aufgetretenen cP mit meinen Untersuchungsergebnissen verglichen, die sich bei der Auswertung der Krankenakten von 64 zufällig ausgewählten Patienten im Alter von über 60 Jahren ergaben.

Literaturverzeichnis

1. Albrecht, H.-J.: Entzündlich - rheumatische Erkrankungen beim alten Menschen. Therapiewoche 31, 405 (1981)

2. Apostoloff, E. und Mitarbeiter: Nachweis von ds-DNS und UV-denaturierten ds-DNS-Autoantikörpern bei alten Menschen und ihre pathogenetische Bedeutung. Z. Alternsforsch. 36, 389 (1981).

3. Bach, G.L. und Mitarbeiter: Zur Immunpathologie des Alterns: Antigammaglobuline (Rheumafaktoren) und andere serologische Abnormalitäten. act. geron. 1, 337 (1971).

4. Bach, G.L.: Ergebnisse der immunologischen Alternsforschung in den USA. act. geron. 2, 597 (1972).

5. Bach, G.L. und Mitarbeiter: Rheumafaktoren im Alter. Z. Gerontol. 6, 153 (1973).

6. Bach, G.L.: und Mitarbeiter: Das klinische Bild der chronischen Polyarthritis im Alter. Z. Gerontol. 6, 146 (1973).

7. Bach, G.L. und H. Werner: Die medikamentöse Therapie der chronischen Polyarthritis mit Beginn nach dem 60. Lebensjahr. act. geron. 5, 207 (1975).

8. Bach, G.L.: Praktische Immunologie rheumatischer Krankheiten akt. rheumatol. 1, 61 (1976).

9. Böni , A.: Entzündlich-rheumatische Erkrankungen des Bewegungsapparates. Handbuch der praktischen Geriatrie, S. 697-715, 1967.

10. Boos, O.: Therapie bei Erkrankungen der kleinen Gelenke in der Geriatrie. Ärztl. Praxis 22, 4927 (1970).

11. Dequeker, T.: und Mitarbeiter: La polyarthrite rheumatoide debutant chez le sujet age. Rev. Rhum. 33, 550 (1966)

12. Ebert, H.: Intraartikuläre Eingriffe bei der Behandlung des chronischen Gelenkrheumatismus. Z. Alternsforsch. 34, 369 (1979).

13. Ehrlich, G.E. und Mitarbeiter: Rheumatoid Arthritis in the aged. Geriatrics 25, 103 (1970).

14. Evers, A.: Die im Alter auftretende primär chronische Polyarthritis. Z. Rheumaforschung 24, 280 (1965).

15. Falck, I.: Die Bedeutung der rheumatischen Arthritis in der Geriatrie. Veröff. Deutsche Ges. Geront. 3, 179 (1970).

16. Filchner, R. und Bach, G.L.: Zur Immunpathologie des Alterns, Z. Gerontol. 7, 2 (1974).

17. Friedel, E. und Mitarbeiter: Zum Immunitätsverhalten im Alter. 3.Mitt.: Zur Häufigkeit von antinukleären Faktoren und der DNS-Antikörper im höheren Lebensalter. Z. Alternsforsch. 35,79 (1980).

18. Herrmann, K.: Rheumatoid - Arthritis des älteren Menschen. Z. Alternsforsch. 37, 257 (1982)

19. Hiepe, F. und Mitarbeiter: Zirkulierende Immunkomplexe und Alter. Z. Alternsforsch. 37, 227 (1982).

20. Jesserer, H.: Die chronische Polyarthritis im Alter. Z. Alternsforsch. 25, 21 (1971).

21. Josenhans, G.: Lebensalter und Krankheiten der Bewegungs- und Stützorgane. Deutsch-Englische Med. Rundschau Vol. IV (1968).

22. Josenhans, G.: Lebensalter und rheumatische krankheiten Z. Gerontol. 1, 78 (1968).

23. Kaiser, H.: Spezielle Probleme der Therapie im Alter beim entzündlichen Rheumatismus. Erstes Bad Sodener Geriatrisches Gespräch 1. u. 2. Mai 1969

24. Kaiser, H.: Entzündlich - rheumatische Krankheiten im höheren Lebensalter. Z. Allgemeinmedizin 47, 222 (1971)

25. Klein, G.: Rheumatische Erkrankungen des höheren Lebensalters. Wiener Med. Wochenschrift 125, 181 (1975).

26. Mathies, H.: Altersprognose der chronischen Polyarthritis. Z. Gerontol. 6, 165 (1973).

27. Mathies, H.: Spezielle therapeutische Probleme bei rheumatischen Erkrankungen im Alter. Z. Gerontol. 6, 229 (1973).

28. Miehlke, K.: Die Behandlung des betagten Rheumatikers. Therapiewoche 27, 5607 (1977).

29. Moesmann, G.: Subacute RA in old age. I. Definitions and methods. Acta Rheum. Scand. 14, 14 (1968)
II. Deseases under diagnostic exclusions Acta Rheum. Scand. 14, 102 (1968)

30. Ott, V.R.: Diagnostik rheumatischer Erkrankungen beim alternden Menschen. Nauheimer Fortb.-Lehrgänge Bd. 35 (1970)

31. Trzenschik; K. und Mitarbeiter: Zum Einfluß von D- Penicillamin auf den Kollagenstoffwechsel - Reißfestigkeitsuntersuchungen an Schwanzsehnen verschieden alter Ratten. Z. Alternsforsch. 35, 297 (1980).

32. Wirth, W.: Altersabhängige Reaktionsformen bei entzündlich - rheumatischen Erkrankungen. Therapiewoche 31, 413 (1981).

Tabellarischer Lebenslauf

Ullrich Dietz,	geb. 11. 7. 1951 in Bayreuth als Sohn des Studien-
direktors Karl	Dietz und seiner Ehefrau Annemarie, geb. Plaumann
1957 - 1961	Besuch der Volksschule in Bayreuth
1961 - 1970	Besuch des Gymnasium Christian-Ernestinum Bayreuth
Mai 1970	Ablegung der Reifeprüfung
1. 7. 1970 -	Ableistung des Wehrdienstes bei der Bundeswehr
31.12.1971	
Sommersemester	Immatrikulation an der Friedrich-Alexander-Universi-
1972	tät Erlangen-Nürnberg (Philosophische Fakultät)
WS 1972/73 -	Studium an der 2. Erziehungswissenschaftlichen
SS 1973	Fakultät Bayreuth der Universität Erlangen
WS 1973/74 -	Studium der Humanmedizin an der Bayerischen Julius-
WS 1980/81	Maximilians-Universität Würzburg
März 1976	Ablegung der Ärztlichen Vorprüfung
21. 4. 1980 -	Ableistung des Praktischen Jahres am Lehrkrankenhaus
22. 3. 1981	Ansbach (Innere Medizin, Chirurgie) und an der
	Universitäts-Hals-Nasen-Ohren-Klinik Würzburg
7. 5. 1981	Ablegung der Ärztlichen Prüfung
13.5. 1981	Erteilung der Approbation als Arzt durch das
	Bayerische Staatsministerium des Innern
1. 7. 1981 -	Ableistung einer Wehrübung als Stabsarzt der Reserve
31.7. 1981	am Bundeswehrkrankenhaus München
1. 9. 1981 -	Tätigkeit als Assistenzarzt an der Inneren Abteilung
31.8. 1982	des Kreiskrankenhauses Kronach
1. 9. 1982 -	Stationsarzt an der Klinik Herzoghöhe, Bayreuth der
31.3. 1983	Landesversicherungsanstalt Ober- und Mittelfranken
1. 4. 1983 -	Assistenzarzt an der Chirurgischen Abteilung des
30.9. 1983	Krankenhauses Selb
1.10. 1983 -	Wahrnehmung von Praxisvertretungen zur Erlangung der
31.3. 1984	Kassenarztzulassung
24.2. 1984	Beförderung zum Oberstabsarzt der Reserve
1. 4. 1984	Niederlassung als praktischer Arzt in Ebermannstadt